KASKO SALUTE

Da allegare al modulo CAI e inviare a UniSalute tramite fax al numero: 051-6386185

UNS_Cons_Cont_04 – Ed. 01.01.2025

AFFINCHÉ UNISALUTE POSSA TRATTARE I SUOI/VOSTRI DATI E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Consenso al trattamento dei dati personali relativi alla salute per finalità assicurative

Sulla base dell'Informativa contenuta nel Fascicolo Informativo, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (in specie, relativi alla salute), per finalità assicurative e liquidative, apponendo la Sua firma nello spazio sottostante. Le ricordiamo che **in mancanza di questo consenso UniSalute S.p.A. non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo,** che comporta necessariamente il trattamento di categorie particolari di dati personali (in specie, relativi alla salute) per finalità assicurative e liquidative.

Luogo e data	*Nome e cognome del* ***conducente del veicolo assicurato*** *(in stampatello)* _____ *e C.F.* |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| *Targa veicolo* _____ *Firma dell'interessato*